

VU Research Portal

Emotioneel functioneren van kinderen met lichamelijke klachten

Jellesma, F. C.; Rieffe, C.J.; Meerum Terwogt, M.; Bosch, J.D.; Kneepkens, C.M.F.; Kinderman, A.

published in

Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg
2006

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Jellesma, F. C., Rieffe, C. J., Meerum Terwogt, M., Bosch, J. D., Kneepkens, C. M. F., & Kinderman, A. (2006). Emotioneel functioneren van kinderen met lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 84(3), 139-144. http://media.leidenuniv.nl/legacy/het_emotionele_functioneren.pdf

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Emotioneel functioneren van kinderen met lichamelijke klachten

F.C. Jellesma, C. Rieffe, M. Meerum Terwogt, J.D. Bosch, C.M.F. Kneepkens, A. Kindermann*

In dit onderzoek richtten we ons op verschillen in het emotioneel functioneren van kinderen uit een niet-klinische populatie met weinig of geen lichamelijke klachten, kinderen uit een niet-klinische populatie met veel lichamelijke klachten en kinderen die medische hulp ontvangen vanwege functionele buikpijn of constipatie (gemiddelde leeftijd 10 jaar en 6 maanden, $n = 153$). De laatstgenoemde groepen verschilden duidelijk van kinderen met weinig lichamelijke klachten: ze rapporteerden meer negatieve stemmingen, meer moeite met emotiedifferentiatie en emotiecommunicatie en minder sense of coherence dan de kinderen met weinig lichamelijke klachten. De kinderen in de klinische populatie verschilden alleen van de kinderen met veel lichamelijke klachten uit de normale populatie in een verminderde aandacht voor de link tussen emotionele ervaringen en bijbehorende fysiologische sensaties en hun rapportage van de stemming blij, die iets positiever leek te zijn. Deze bevindingen worden besproken in het licht van verschillen in het patroon van lichamelijke klachten van beide groepen.

Trefwoorden: emotioneel functioneren, lichamelijke klachten, buikpijn, kinderen

INLEIDING

Het doel van dit artikel is de bestaande kennis omtrent de relatie tussen aspecten van het emotioneel functioneren en lichamelijke klachten bij kinderen te vergroten. Onderzoek toont aan dat ongeveer éénderde van de kinderen tussen de 8 en 18 jaar oud minstens één keer per week pijnklachten rapporteert.^{1,2} Buikklachten komen bij meer dan 10% van de basisschool kinderen voor en vormen daarmee één van de meest gerapporteerde klachten. Bovendien weten we van dit type klacht dat slechts bij één op de tien kinderen een organische oorzaak kan worden aangewezen.³ Dan rijst de vraag naar psychologische factoren die een rol zouden kunnen spelen in het ontstaan of het in stand houden van buikpijn en andere lichamelijke klachten bij kinderen.

Enkele aspecten van het emotioneel functioneren domineren de literatuur op dit gebied. Ten eerste zijn dat negatieve stemmingen, die vooral met lichamelijke klachten worden geassocieerd vanwege de nadelige fysiologische invloed die negatieve stemmingen bij hoge intensiteit, lange duur of frequent voorkomen kunnen hebben.⁴ Zowel kinderen als volwassenen met veel lichamelijke

klachten tonen meer symptomen van angststoornissen en depressiviteit en meer algemene negatieve stemmingen.⁵⁻⁸ Ten tweede is de relatie tussen lichamelijke klachten en emotioneel bewustzijn bij volwassenen vaak onderzocht.⁹⁻¹³ Volwassenen die meer moeite hebben met het identificeren van emoties, hebben meer lichamelijke klachten.⁹⁻¹¹ Een beperkter emotioneel bewustzijn kan een risicofactor vormen voor lichamelijke klachten, omdat het tot meer emotionele problematiek leidt.¹¹ Ook bij kinderen uit een niet-klinische populatie is een verband tussen slechter emotioneel bewustzijn en de rapportage van meer lichamelijke klachten herhaaldelijk aangetoond.^{12,13} Naast stemming en emotioneel bewustzijn is er bij volwassenen ook al geruime tijd aandacht voor 'sense of coherence'; een variabele die juist een beschermende invloed op lichamelijke klachten zou hebben. Antonovsky introduceerde dit concept in de jaren zeventig, waarmee hij verwees naar de mate waarin mensen het leven als begrijpelijk, betekenisvol en handelbaar ervaren.¹⁴ Uit onderzoek blijkt dat het ervaren van meer sense of coherence inderdaad samenhangt met een verminderde rapportage van lichamelijke klachten.¹⁵⁻¹⁶

In het onderzoek dat tot op heden is gedaan met betrekking tot lichamelijke klachten bij kinderen is nog zelden gekeken naar verschillen in het emotioneel functioneren van kinderen uit de normale populatie en kinderen uit een klinische, medische populatie. Zoals vermeld, komen vooral buikpijnklachten bij kinderen veel

F.C. Jellesma,¹ C. Rieffe,¹ M. Meerum Terwogt,² J.D. Bosch,² C.M.F. Kneepkens,³ A. Kindermann³

¹Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Leiden

²Ontwikkelingspsychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam

³Kindergastro-enterologie, Afdeling Kindergeneeskunde, VU Medisch Centrum, Amsterdam

voor en blijven deze medisch meestal onverklaarbaar. Dat neemt niet weg dat poliklinische consulten en verrichtingen met betrekking tot het spijsverteringstelsel bij kinderen onder de 14 jaar volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu alleen al in het jaar 1999 een kleine 20 miljoen euro hebben gekost.¹⁷ Mogelijk geven de boven beschreven aspecten van het emotioneel functioneren meer inzicht in de psychologische verschillen tussen kinderen die medische hulp zoeken en hun leeftijdsgenootjes. Rieffe et al. vonden

geen verschil in stemming tussen kinderen die veel lichamelijke klachten rapporteerden en die wel of geen medische hulp zochten: zowel kinderen met buikpijn die daarvoor bij de polikliniek kwamen als kinderen met veel lichamelijke klachten die daarvoor niet bij het ziekenhuis liepen, hadden vaker negatieve stemmingen dan hun gezonde leeftijdsgenootjes.⁸ Of dit ook zo was voor symptomen van een stemmingsstoornis is door hen niet in het onderzoek meegenomen. Bovendien is niet eerder onderzocht of kinderen die medische hulp krijgen voor medisch onverklaarde buikpijnklaachten, net als kinderen met veel klachten in een niet-klinische populatie, een slechter emotioneel bewustzijn hebben. Sense of coherence ten slotte, is in dit verband nog helemaal niet bij kinderen onderzocht.

In dit onderzoek vergeleken wij daarom opnieuw een klinische groep kinderen met functionele buikklachten met een groep kinderen met veel lichamelijke klachten en een groep kinderen met weinig of geen lichamelijke klachten uit een niet-klinische populatie. We verwachtten dat beide groepen kinderen met lichamelijke klachten meer negatieve stemmingen, maar ook meer depressiviteit, minder emotioneel bewustzijn en minder sense of coherence zouden rapporteren ten opzichte van gezonde leeftijdsgenootjes. Bij kinderen uit de klinische groep is de hoofdklacht buikpijn, maar er kunnen tevens andere klachten aanwezig zijn. Daarom werd binnen de klinische groep tevens bekeken of er sprake was van samenhang tussen de indices voor emotioneel functioneren en de aard van de lichamelijke klachten.

METHODE

Participanten

Aan het onderhavige onderzoek namen drie groepen kinderen deel: twee groepen uit het reguliere basisonderwijs (met veel of weinig lichamelijke klachten) en een klinische groep. De kinderen uit het reguliere basisonderwijs

Kernpunten

- **Kinderen die veel lichamelijke klachten rapporteren, geven ook aan meer negatieve stemmingen te ervaren en een slechter emotioneel bewustzijn te hebben dan kinderen die weinig lichamelijke klachten rapporteren.**
- **Kinderen die veel lichamelijke klachten rapporteren, hebben ook minder het gevoel van 'sense of coherence', wat verwijst naar de mate waarin het leven als begrijpelijk, betekenisvol en handelbaar ervaren wordt.**
- **Emotioneel functioneren op het gebied van stemming, emotioneel bewustzijn en sense of coherence biedt nauwelijks inzicht in welke kinderen medische hulp voor hun klachten zoeken.**

werden geselecteerd uit groepen 5 tot en met 8 van twee basisscholen te Duivendrecht en Diemen, op basis van de Somatiek Index voor Kinderen (SIK). De groep met veel lichamelijke klachten bestond uit 61 kinderen die hoog scoorden op de SIK (hoogste 30%; 30 jongens, 31 meisjes, $M = 10$ jaar; 7 maanden, $SD = 14$ maanden, leeftijdsrange 8;6 tot en met 12;5). De groep met weinig lichamelijke klachten bestond uit 59 kinderen die laag scoorden op de SIK (laagste 30%; 33 jongens, 26 meisjes, $M = 10$ jaar; 7 maanden, $SD = 16$ maanden, leeftijdsrange 8;7 tot en met 12;9). De klinische groep bestond uit 33 kinderen (17 jongens, 16 meisjes, $M = 10$ jaar; 5 maanden, $SD = 16$ maanden, leeftijdsrange 8;5 tot en met 13; 5) die de polikliniek van het VU Medisch Centrum bezochten vanwege functionele buikpijn en/of chronische functionele constipatie.

den, leeftijdsrange 8;7 tot en met 12;9). De klinische groep bestond uit 33 kinderen (17 jongens, 16 meisjes, $M = 10$ jaar; 5 maanden, $SD = 16$ maanden, leeftijdsrange 8;5 tot en met 13; 5) die de polikliniek van het VU Medisch Centrum bezochten vanwege functionele buikpijn en/of chronische functionele constipatie.

Somatiek Index voor Kinderen (SIK)

Zelfgerapporteerde lichamelijke klachten werden gemeten met de Somatiek Index voor Kinderen.^{7,8} Deze index bestaat uit tien lichamelijke klachten, zoals buikpijn, hoofdpijn of vermoeidheid, waarbij kinderen op een drie-puntsschaal aangeven hoe vaak zij deze klacht hebben (0 = nooit; 1 = soms; 2 = vaak). Twee items zijn zo geformuleerd dat ze vragen of het kind zich lichamelijk goed voelt en worden omgescoord. Aanvullend werd aan kinderen uit de veel en weinig lichamelijke klachten groepen gevraagd bij elk item aan te geven of zij met de genoemde klacht bij een dokter waren geweest. Uit eerder onderzoek blijkt dat de interne consistentie van deze schaal steeds tussen de 0,75 en 0,90 ligt.^{7,8} In het onderhavige onderzoek bleek dat eveneens het geval ($\alpha = 0,86$).

Stemmingslijst voor Kinderen (SLK)

Voor de zelfrapportage van stemming, werd gebruik gemaakt van de Stemmingslijst voor Kinderen.^{7,8} De SLK bestaat uit vier schalen: Blij, Boos, Bang en Verdrietig die elk uit vier items bestaan (bijvoorbeeld 'blij', 'vrolijk', 'fijn' en 'plezierig' voor Blij). Daarnaast zijn vier neutrale items toegevoegd, zodat de negatieve items niet te veel domineren. De lijst bevat daarmee 20 items, die op een drie-puntsschaal gescoord kunnen worden (0 = nooit; 1 = soms; 2 = vaak). De lijst wordt geïntroduceerd met de vraag: 'Hoe voel jij je de laatste tijd?' Uit eerder onderzoek,^{7,8} blijkt dat de interne consistentie van elk van de subschalen tussen de 0,75 en 0,90 ligt. In het onderhavige onderzoek bleek dat eveneens het geval met α 's tussen 0,78 (Blij) en 0,82 (Boos).

Children's Depression Inventory (CDI)

Symptomen van een depressieve stemming werden gemeten met een Nederlandse bewerking van de Children's Depression Inventory (CDI).^{18,19} De schaal bestaat uit 32 items. Elk item bestaat uit drie uitspraken die in toenemende mate depressieve symptomen reflecteren. Aan het kind wordt gevraagd de uitspraak aan te kruisen die het beste bij hem/haar past. Bij 13 items zijn de uitspraken in tegengestelde volgorde weergegeven, deze worden omgescoord. Timbremont en Braet vermeldden een goede interne consistentie ($\alpha = 0,80$) en test-hertest betrouwbaarheid ($r = 0,79$).¹⁹ In dit onderzoek vonden we een overeenkomstige interne consistentie ($\alpha = 0,83$).

Emotion Awareness Questionnaire (EAQ)

De Emotion Awareness Questionnaire (EAQ)^{12,13} geeft een indicatie van de tendens om emoties te identificeren en analyseren. De vragenlijst bestaat uit 25 items, die op een drie-puntsschaal gescoord kunnen worden (0 = niet waar; 1 = soms waar; 2 = vaak waar), verdeeld over vier schalen: Differentiatie van emoties, Communicatie van emoties, Lichamelijke symptomen (aandacht voor de lichamelijke arousal van een emotie, bijvoorbeeld "Als ik boos ben, voel ik dat in mijn lichaam") en Anderen (aandacht voor de emoties van anderen). Negentien items zijn negatief geformuleerd en worden omgescoord. Bekend is dat de interne consistentie van de schalen varieert van $\alpha = 0,64$ (Anderen) tot en met $\alpha = 0,76$ (Communicatie van emoties). De Inter-item correlatie ligt tussen de 0,24 (Communicatie) en de 0,37 (Lichamelijke symptomen).^{12,13} De door ons gevonden psychometrische eigenschappen komen daarmee in grote lijnen overeen (α 's tussen 0,65 (Lichamelijke symptomen) en 0,81 (Differentiatie)).

Sense of Coherence (SOC-13)

Ten behoeve van dit onderzoek werd een vertaling van de Sense of Coherence schaal (SOC-13) van Torsheim et al. gemaakt,²⁰ waarbij in de formulering zoveel mogelijk rekening is gehouden met de leeftijd van de respondenten. Deze vragenlijst bestaat uit 13 items die ingevuld worden op een vijf-puntsschaal (1 = heel vaak, 2 = vaak, 3 = af en toe, 4 = zelden en 5 = nooit). Een voorbeeld van een item is: "Hoe vaak heb je het gevoel dat je je in een onbekende situatie bevindt waarin je niet weet wat je moet doen?" Twee items zijn negatief geformuleerd en worden omgescoord. De interne consistentie van vragenlijst is goed ($\alpha = 0,83$).

Procedure

De vragenlijsten werden in een vaste volgorde afgenomen: SLK, SIK, CDI, SOC-13, EAQ. Bij de klinische groep gebeurde dit individueel na een bezoek aan het spreekuur van de polikliniek. Bij de overige groepen werden de lijsten tijdens schooltijd klassikaal afgenomen. Achteraf werd op basis van de SIK de selectie van twee groepen gemaakt waarvan de gegevens verder werden verwerkt. De totale afname duur was circa 45 minuten.

Deelname gebeurde op vrijwillige basis en de ouders van alle participanten hadden vooraf hun schriftelijke toestemming verleend.

Statistische Bewerking

Proefpersonen die meer dan vier ontbrekende waarden hadden, zijn niet meegenomen in het onderzoek. Dit had voor de klinische groep geen consequenties, in de groep met veel lichamelijke klachten werden de gegevens van vier proefpersonen uit de oorspronkelijke groep niet gebruikt voor analyse en in de groep met weinig klachten waren dit vijf kinderen. Bij de overgebleven proefpersonen werden niet ingevulde items vervangen door het groepsgemiddelde. Dit is bij slechts 18 waarden gebeurd. Voor alle statistische analyses is gebruik gemaakt van een alpha van 0,05. De groepen werden met elkaar vergeleken door middel van variantie analyse. Voor de post hoc analyses is de Ryan-Einot-Gabriel-Welsch Q procedure toegepast. Voor de aanvullende analyses binnen de klinische groep werden Pearson product-moment correlaties berekend.

RESULTATEN

Klachtenpatroon

Om een duidelijker beeld te krijgen van het klachtenpatroon van de kinderen, werden de scores van de groepen op de SIK vergeleken. Een one-way Anova bevestigt dat de groepen verschillen in de mate waarin zij klachten rapporteren ($F(2, 150) = 267,73, p < 0,01, \eta^2 = 0,78$). Echter, niet alleen blijken de kinderen met veel lichamelijke klachten en de klinische groep meer lichamelijke klachten te rapporteren dan de kinderen met weinig klachten; ook blijkt de klinische groep er minder te rapporteren dan de kinderen met veel lichamelijke klachten (zie Tabel 1). De score op lichamelijke klachten wordt deels bepaald door de frequentie van een specifieke klacht, maar een verscheidenheid aan klachten legt meer gewicht in de schaal. Op basis van het verschil met de kinderen met veel klachten en de standaarddeviatie kan geconcludeerd worden dat er sprake is van meer diversiteit van het klachtenpatroon binnen de klinische groep: sommige kinderen rapporteren verschillende klachten, maar er zijn er ook die weinig tot geen andere klachten hebben naast de buikklacht. Ter illustratie: binnen de klinische groep geeft 18,2% op de helft of *minder* items aan soms of vaak last te hebben van de betreffende klacht. In de groep met veel lichamelijke klachten komt dit niet voor. Voor de beide groepen kinderen uit de reguliere populatie geldt dat de kinderen zelden met medische hulp in aanraking waren gekomen: slechts 20,3 van de laag lichamelijke klachten groep en 37,7% van de veel lichamelijke klachten groep gaf incidentele bezoeken aan de huisarts aan.

Stemming en depressie

Een multivariate variantie-analyse (MANOVA) bevestigt dat er verschillen bestaan tussen de groepen op de SLK (Wilks' $\lambda = 0,71, F(8, 294) = 6,92, p < 0,01, \eta^2 = 0,16$).

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van de groepen op stemming, depressiviteit en emotioneel bewustzijn

Variabele	Groep		
	Klinische groep	Veel lichamelijke klachten	Weinig lichamelijke klachten
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Lichamelijke klachten (SIK)	9,27 _a (3,22)	10,75 _b (1,76)	2,53 _c (1,30)
Stemming (SLK)			
Blij	1,81 _a (0,30)	1,68 _{a,b} (0,36)	1,91 _b (0,21)
Boos	0,93 _a (0,47)	0,94 _a (0,32)	0,64 _b (0,41)
Bang	0,87 _a (0,45)	0,86 _a (0,46)	0,55 _b (0,40)
Verdriet	0,86 _a (0,35)	0,86 _a (0,40)	0,45 _b (0,39)
Depressiviteit (CDI)	1,37 _a (0,23)	1,36 _a (0,21)	1,18 _b (0,15)
Emotioneel bewustzijn (EAQ)			
Differentiatie	1,10 _a (0,47)	1,28 _a (0,45)	1,62 _b (0,36)
Communicatie	0,88 _a (0,50)	0,92 _a (0,55)	1,20 _b (0,44)
Lichamelijke symptomen	0,87 _a (0,39)	0,60 _b (0,37)	1,05 _b (0,45)
Anderen	1,39 _a (0,34)	1,48 _a (0,39)	1,51 _a (0,36)
Sence of Coherence (SOC-13)	3,48 _a (0,63)	3,35 _a (0,58)	4,13 _b (0,54)

Noot: groepsgemiddelden in dezelfde rij zonder gemeenschappelijk subscript verschillen significant van elkaar op $p < 0,05$ niveau.

Uit post hoc analyses blijkt dat de klinische groep en kinderen met veel lichamelijke klachten vaker boos, bang en verdrietig zijn dan kinderen met weinig klachten. De groep met veel lichamelijke klachten blijkt ook minder vaak blij te zijn dan de groep met weinig klachten. De klinische groep neemt qua positieve emotie een middenpositie in en verschilt niet significant van beide andere groepen (zie Tabel 1). Een sterke negatieve correlatie tussen de stemming blij en de score op de SIK ($r = 0,46$, $p = 0,03$, met Bonferroni correctie) binnen de klinische groep maakt duidelijk dat een deel van de kinderen veel lichamelijke klachten heeft en minder vaak blij is, terwijl de kinderen die naast buikpijn minder andere klachten hebben, vaker blij zijn. Binnen de klinische groep worden geen andere correlaties gevonden tussen stemming en lichamelijke klachten.

Naast de SLK werd ook gebruik gemaakt van de CDI. Een one-way ANOVA laat zien dat er verschillen zijn tussen de groepen in de mate van depressiviteit ($F(2, 150) = 16,45$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,18$). Post hoc analyses laten zien dat de klinische groep en de groep met veel lichamelijke klachten een depressievere stemming rapporteren dan de groep met weinig klachten (zie Tabel 1).

Emotioneel bewustzijn

Een MANOVA bevestigt dat er significante verschillen zijn tussen de groepen op de EAQ (Wilks' $\lambda = 0,65$, $F(8, 294) = 8,73$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,19$). Uit post hoc analyses blijkt dat de klinische groep en de groep met veel lichamelijke klachten, zoals verwacht, slechter zijn in het differentiëren van emoties en meer moeite hebben met het communiceren over emoties dan de groep met weinig klachten. Hoewel de klinische groep en de groep met veel lichamelijke klachten in overeenstemming met de verwachting lager scoren op de schaal 'Anderen' dan de laag lichamelijke klachten groep, zijn er geen significante verschillen tussen de drie groepen op deze schaal. De groep met veel lichamelijke klachten blijkt meer aandacht te hebben voor een verband tussen emoties en lichamelijke sensaties dan de groep met weinig klachten, maar ook meer dan de klinische groep. In strijd met de verwachting verschilt de klinische groep hier niet van de laag lichamelijke klachten groep (zie Tabel 1). Binnen de klinische

groep blijkt de 'Lichamelijke Symptomen' schaal sterk samen te hangen met lichamelijke klachten ($r = -0,48$, $p = 0,02$, met Bonferroni correctie). Dit duidt erop dat binnen de klinische groep, kinderen die veel lichamelijke klachten hebben relatief veel aandacht hebben voor het verband tussen emoties en lichamelijke signalen, terwijl dit afneemt als kinderen naast buikpijn minder andere lichamelijke klachten rapporteren. Binnen de klinische groep werden geen andere significante correlaties gevonden tussen de schalen van de EAQ en de score op de SIK.

Sense of coherence

Een one-way ANOVA bevestigt dat de klinische groep en de groep met veel lichamelijke klachten een lagere sense of coherence ervaren dan de groep met weinig klachten ($F(2, 150) = 30,29$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,29$). Post hoc analyses maken duidelijk dat de klinische groep en de groep met veel lichamelijke klachten beide inderdaad een lagere sense of coherence hebben dan de groep met weinig klachten (zie Tabel 1). Tussen de klinische groep en de groep met veel lichamelijke klachten is geen significant verschil. Binnen de klinische groep werd geen correlatie gevonden tussen de scores op de SIK en de SOC-13.

DISCUSSIE

In dit onderzoek werden kinderen met weinig of veel klachten uit de normale populatie en kinderen uit een klinische populatie (buikklachten) met elkaar vergeleken op een aantal aspecten van het emotioneel functioneren. Er blijkt een grote overeenkomst te zijn tussen de groep met veel lichamelijke klachten uit de gewone populatie en de klinische groep. Beide groepen hebben een negatieve stemming, meer moeite met het differentiëren van en praten over emoties en een lagere sense of coherence dan de groep met weinig lichamelijke klachten. Dat kinderen met lichamelijke klachten moeite hebben met het communiceren van emoties lijkt tegenstrijdig met eerder onderzoek van Rieffe et al.¹³ waarin geen verband werd gevonden tussen de communicatieschaal en lichamelijke klachten. Mogelijk heeft dit met een verschil in leeftijd te maken. De deelnemers uit het eerdere onderzoek zitten tegen de adolescentie aan; een periode waarin self-disclosure in vriendschappen belangrijker wordt (zie bij-

voorbeeld Berndt²¹). Het is voorstelbaar dat kinderen die het aanvankelijk moeilijk vinden hun emoties te uiten, hier beter in worden op het moment dat daar vanuit de omgeving een beroep op wordt gedaan.

Binnen de klinische groep bleek het verschil te maken of er sprake was van een relatief simpel klachtenpatroon dan wel van een complex van uiteenlopende klachten, zoals dat meestal binnen de groep met veel lichamelijke klachten gevonden werd. Ten eerste was er een trend in blijdschap, waarbij de klinische groep vaker blij leek te zijn dan de kinderen met veel lichamelijke klachten. Inderdaad hing het ervaren van meer blijdschap samen met minder lichamelijke klachten binnen de klinische groep. Ten tweede rapporteerde de klinische groep, evenals de kinderen met weinig lichamelijke klachten, minder lichamelijke sensaties te ervaren tijdens emotionele situaties dan de kinderen met veel lichamelijke klachten. Daarbij is de versterkte aandacht voor deze link tussen emoties en lichamelijke sensaties bij kinderen met veel klachten in overeenstemming met eerder onderzoek. Opnieuw bleek dat binnen de klinische groep kinderen die meer lichamelijke klachten rapporteerden, ook aangaven meer lichamelijke sensaties te ervaren tijdens emotionele ervaringen. Blijkbaar maakt het voor negatieve stemmingen, sense of coherence, emotie-differentiatie en emotie-communicatie niet uit of kinderen een specifieke klacht hebben waarbij andere lichamelijke klachten minder vaak voorkomen of dat kinderen verschillende lichamelijke klachten frequent ervaren. Voor de twee genoemde variabelen - blijdschap en het ervaren van lichamelijke sensaties - ligt dit anders. Mogelijk is het verschil in positieve stemming simpelweg te verklaren vanuit een positieve verwachting over de medische hulp bij kinderen met een beperkter klachtenpatroon. Het verschil in rapportage van fysiologische sensaties tijdens emotionele ervaringen ligt gecompliceerder. Hoewel er in de klinische groep kinderen zijn die net als de kinderen met weinig klachten rapporteren geen fysiologische sensaties te ervaren, lijkt het onwaarschijnlijk dat hier dezelfde processen aan ten grondslag liggen. Een mogelijke verklaring voor de beperkte aandacht van de kinderen met weinig klachten voor fysiologische sensaties tijdens emotionele ervaringen is dat deze sensaties minder evident zijn doordat deze kinderen minder intense emoties ervaren. Een andere verklaring is dat kinderen met weinig lichamelijke klachten emotionele ervaringen op een meer geïntegreerde manier waarnemen en daardoor geen aparte aandacht besteden aan de bijbehorende fysiologische sensaties. Deze verklaringen passen niet bij de bevindingen in de klinische groep, zij rapporteren immers meer negatieve stemmingen en slechte emotionele analyses. Mogelijk ervaren de kinderen in de klinische groep de fysiologische sensaties van emoties wel, maar zoeken zij voor al hun lichamelijke sensaties een medische oorzaak. Hierin worden zij wellicht bevestigd door de opstelling van hun ouders.²² Vooral met een beperkt klachtenpatroon zal deze manier van attribueren niet snel worden ontkracht. Het zien van een lichamelijke disfunctie als oorzaak van de lichamelijke verschijnselen wordt immers voor zowel

het kind als zijn of haar omgeving minder geloofwaardig wanneer deze zich over verschillende delen van het lichaam voordoen. Deze verklaringen zijn echter geheel speculatief: verder onderzoek zal nodig zijn om deze verklaringen te ondersteunen dan wel te weerleggen.

Een beperking van dit onderzoek is dat er slechts gebruik is gemaakt van één informant. Hoewel beargumenteerd kan worden dat de beleving van kinderen in het geval van emotioneel functioneren en lichamelijke klachten van grotere invloed is op hun welbevinden dan externe maten, zouden bijvoorbeeld de denkbeelden van ouders over hun kind van invloed kunnen zijn op het al dan niet zoeken van medische hulp. In toekomstig onderzoek zou dit bekeken kunnen worden. Een tweede beperking van dit onderzoek is dat er geen uitspraak kan worden gedaan over de causaliteit van de gevonden resultaten. Campo et al. toonden met retrospectief onderzoek aan dat een angststoornis vaak vooraf gaat aan de buikpijn.⁵ Dit maakt het aannemelijk dat de negatieve stemmingen niet enkel het gevolg zijn van lichamelijke klachten, maar een rol spelen in het ontstaan ervan. Longitudinaal onderzoek is nodig om dit te bevestigen.

Concluderend blijken er geen duidelijke aanknopingspunten te zijn om verschillen tussen kinderen met lichamelijke klachten die wel of geen medische hulp zoeken te verklaren. Wel is gebleken dat kinderen met veel lichamelijke klachten uit zowel de reguliere als een klinische populatie meer problemen hebben op emotioneel gebied. Daarbij blijkt het niet alleen te gaan om negatieve stemmingen en emotioneel bewustzijn, maar ook om sense of coherence. Deze variabele werd tot voor kort alleen bij volwassenen gezien als beschermende variabele voor verschillende emotionele en lichamelijke problematiek. Hoewel onderzoek naar andere variabelen nodig is om te verklaren welke kinderen nu juist in het medische circuit terecht komen, geven de in dit onderzoek besproken aspecten van het emotioneel functioneren aanknopingspunten voor verder onderzoek naar het ontstaan van lichamelijke klachten bij kinderen.

DANKBETUIGING

We bedanken de kinderen en hun ouders voor hun medewerking bij dit onderzoek. Tevens bedanken wij de arts-assistenten E. van de Griendt, M. de Jong, J. van Keulen, N. Ramakers en F. Wijfels (VU Medisch Centrum, Amsterdam) en basisscholen de Duif (Diemen) en de A. Bekema (Duivendrecht) voor hun medewerking.

ABSTRACT

Emotional functioning of children with somatic complaints

In this study we investigated differences in the emotional functioning of children from a non-clinical population reporting few or no somatic complaints, children from a non-clinical population reporting many somatic complaints and children who received medical help because of functional abdominal pain or constipation (mean age 10 years and 6 months, $n = 153$). These

last two groups clearly differed from the children with few somatic complaints: they reported more negative moods, difficulty with differentiating and talking about their emotions and a lower sense of coherence compared to the group with few somatic complaints. The children from the clinical population only differed from the children with many somatic complaints in their decreased awareness of the link between emotional states and belonging physiological sensations and in their reports of happiness, which seemed slightly more positive. These findings are discussed in the light of differences in the patterns of somatic complaints of both groups.

Keywords: *emotional functioning, somatic complaints, abdominal pain, children*

LITERATUUR

1. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AAJM et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;87:51-8.
2. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stoven H, Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatr* 2004;93:258-63.
3. Ulshen M. Recurrent abdominal pain in childhood. In: Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. 1176-8.
4. Taylor SE. Health Psychology - the Science and the Field. *Am Psychol* 1990;45:40-50.
5. Campo JV, Bridge J, Ehmann M et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatr* 2004;113:817-24.
6. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? *Scand J Gastroenterol* 2002;37:294-8.
7. Meerum Terwogt M, Rieffe C, Bosch JD. Emoties en zelfbeeld als indicatoren voor lichamelijke klachten. *Tijdschr Gezondheidswet* 2003;81:274-80.
8. Rieffe C, Meerum Terwogt M, Bosch JD, Kneepkens CMF, Douwes AC, Jellesma FC. Interaction between emotions and somatic complaints in children that did or did not seek medical care. (submitted).
9. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Pers Indiv Dif* 2004;36:1655-67.
10. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:1299-301.
11. Lundh LG, Simonsson-Sarnecki M. Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *JcvPers* 2001;69:483-510.12.
12. Rieffe C, Oosterveld P, Meerum Terwogt M. Alexithymia and health in children. *Pers Indiv Dif* (in press).
13. Tolland A, Rieffe C, Oosterveld P, Meerum Terwogt M. Emotion awareness and somatic complaints in children. Paper presented at the Developmental Psychology Conference; 2003.
14. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
15. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: as systematic review. *J Epidemiol Commun Health* 2005;59:460-6.
16. Pallant JF, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Pers Indiv Dif* 2002;33:39-48.
17. Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van ziekten in Nederland. 2002; www.rivm.nl/kostenvanziekten. (3-11-2005)
18. Timbremont B, Braet C. Psychometrische evaluatie van de Nederlandstalige Children's Depression Inventory. *Gedragstherapie* 2001;34:229-42.
19. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985;21:995-8.
20. Torsheim T, Aaroe LE, Wold B. Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med* 2001;53:603-14.
21. Berndt TJ. Children's friendships: Shifts over a half-century in perspectives on their development and their effects. *Merrill-Palmer Quart-J Devel Psychol* 2004;50:206-23.
22. Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial Correlates of Recurrent Childhood Pain - a Comparison of Pediatric Patients with Recurrent Abdominal-Pain, Organic Illness, and Psychiatric-Disorders. *J Abnorm Psychol* 1993;102:248-58.

CORRESPONDENTIEADRES

F.C. Jellesma, Universiteit Leiden, afdeling
Ontwikkelingspsychologie, Wassenaarseweg 52, 2300 RB Leiden,
e-mail: FJellesma@fsw.leidenuniv.nl

Voor publicatie aanvaard in november 2005.